

Tribunal da Relação do Porto

Processo nº 13019/20.9T8PRT.P1

Relator: ARISTIDES RODRIGUES DE ALMEIDA

Sessão: 29 Janeiro 2026

Número: RP2026012913019/20.9T8PRT.P1

Votação: UNANIMIDADE

Meio Processual: APELAÇÃO

Decisão: REVOGADA EM PARTE

CONTRATO DE SEGURO

DECLARAÇÃO INICIAL DO RISCO

DOENÇA EM ESTUDO

Sumário

I - Se o proponente do seguro sabia que estava a ter manifestação de problemas do foro mental, inclusivamente já estava ser medicado no pressuposto de se tratar de uma depressão, e, perante o agravar das manifestações, em consulta com a médica de família soube que esta suspeitava de demência, tendo-o reencaminhado para uma consulta da especialidade de neurologia, o proponente tinha a obrigação de informar a companhia de seguro dessas circunstâncias quando, oito dias depois da consulta, apresentou a proposta ou até ao momento da aceitação do contrato de seguro.

II - O seguro de vida celebrado sem essa informação ter sido prestada é anulável quando sete meses depois o tomador do seguro já se encontra numa situação de invalidez total e permanente em consequência da demência e se demonstrou que se a seguradora soubesse das manifestações que o proponente apresentava e das suspeitas médicas de se tratar de demência em evolução não teria celebrado o contrato.

Texto Integral

RECURSO DE APELAÇÃO

ECLI:PT:TRP:2026:10319.20.9T8PRT.P1

*

SUMÁRIO:

.....
.....
.....

ACORDAM OS JUÍZES DA 3.ª SECÇÃO DO TRIBUNAL DA RELAÇÃO DO PORTO:

I. Relatório:

AA, viúva, contribuinte fiscal nº ..., **BB**, casada, contribuinte fiscal nº ..., e **CC**, solteiro, contribuinte fiscal nº ..., todos residentes na ..., Gondomar, instauraram ação declarativa de condenação contra a **A..., S.A.**, pessoa coletiva e contribuinte fiscal nº ..., com sede no Porto, formulando contra esta os seguintes pedidos:

- a) Declarada nula e de nenhum efeito a declaração de resolução das apólices n.º ..., ... e ... operada pela ré em 15.04.2019, mantendo-se válidos e em vigor os contratos de seguro respeitantes às apólices n.º ..., ... e ...;
- b) Ser a ré condenada a entregar aos autores a quantia de €50.000,00 decorrentes do pagamento do valor segurado pelo contrato de seguro de vida designado “A... Vida Pleno ...” correspondentes à apólice n.º ...;
- c) Ser a ré condenada a entregar ao Banco 1..., S.A., mutuário beneficiário dos contratos de seguro designados “A... Habitação” relativos às apólices ..., ..., correspondente ao capital em dívida à data do sinistro € 50.000,00;
- d) Caso, após o pagamento referido na alínea anterior, remanescer valor relativamente ao capital seguro pelas aludidos contratos de seguro, ser a Ré condenada a entregar esse remanescente aos autores,
- e) quantias às quais acrescerão juros de mora desde 16.07.2018 até integral pagamento.

Para fundamentar o seu pedido alegaram, em súmula, que são os únicos herdeiros de DD falecido em 13.03.2020, o qual, em vida celebrou com a ré três contratos de seguro cobrindo o risco de invalidez ou morte, dois dos quais têm como beneficiário o Banco 1..., S.A. como garantia do pagamento do capital em dívida de três contratos de mútuo celebrados entre a autora, o falecido e esse Banco, e os herdeiros legais do eventual remanescente, sendo beneficiário do outro contrato exclusivamente esses herdeiros. O falecido prestou com verdade todas as informações que lhe foram solicitadas sobre o seu estado de saúde e todas as indicações sobre esta de que era conhecedor. Ocorrido o seu falecimento e feita a participação do sinistro a ré recusa pagar o valor previsto nos contratos.

A ré foi citada e apresentou contestação, defendendo a improcedência da

acção e alegando para o efeito que os autores são partes ilegítimas uma vez que estão desacompanhados do beneficiário de dois dos seguros e que o familiar dos autores entretanto falecido ocultou à ré, aquando da celebração dos contratos, patologias de que padecia e que sabia existirem, o que se tivesse sido do conhecimento da ré a teria levado a não celebrar os seguros. Foi requerida e admitida a intervenção principal do Banco 1... S.A., o qual, citado, apresentou articulado próprio no qual pede a condenação da ré a pagar-lhe a quantia de €21.973,30 correspondente à diferença entre o valor que os autores mencionam no se pedido e a quantia de que o Banco é efetivamente credor ao abrigo dos contratos de mútuo.

Realizado julgamento foi proferida sentença, tendo a acção sido julgada parcialmente procedente e a ré condenada:

1. a reconhecer como válidos e eficazes os contratos de seguro A... Habitação n.º ..., A... Habitação n.º ... e A... Vida Pleno n.º
2. a entregar aos autores a quantia de €50.000,00, como pagamento do valor segurado pelo contrato de seguro de vida designado «A... Vida Pleno ...» correspondentes à apólice n.º ..., acrescida de juros desde 03.05.2019 até integral pagamento.
3. a cumprir os contratos de seguro A... Habitação n.º ... e A... Habitação n.º ..., procedendo ao pagamento dos valores de capital seguro que resulta das atas adicionais n.º 4, pagando ao Banco 1..., S.A, o montante de capital em dívida, na data do trânsito em julgado da sentença, relativo aos contratos de mútuo com os nºs ..., ... e ..., valor este a apurar em posterior liquidação, e aos autores o remanescente (valor do capital seguro em cada um dos contratos, deduzido do valor a pagar ao interveniente), em valor também a apurar em posterior liquidação, acrescidos de juros desde 03.05.2019 até integral pagamento.

Do assim decidido, veio a ré, apenas em relação ao contrato de seguro titulado pela apólice n.º ..., interpor recurso de apelação, terminando as respectivas alegações com as seguintes conclusões:

- I. A sentença recorrida não pode manter-se, na medida em que não tem qualquer suporte da prova documental e testemunhal produzida nos presentes autos, impondo-se, por essa razão, a sua reanálise e alteração, nos termos constantes do presente recurso.
- II. Contrariamente ao constante da sentença recorrida, entende a recorrente que é manifesta e relevante a omissão praticada pela Tomadora do Seguro/ Pessoa Segura, designadamente ao efetuar, de forma consciente, declarações sobre o seu estado de saúde não condizentes com a realidade o que, no nosso entendimento, determina a anulabilidade do contrato de seguro titulado pela apólice n.º ... e, conseqüentemente, a absolvição da Recorrente do pedido.

III. A sentença em apreço violou o disposto nos artigos 24.º, 25.º, 26.º, 93.º, 94.º, 102.º, 104.º e 190.º do Regime Jurídico do Contrato de Seguro e, bem assim, o disposto nos artigos 227.º, 762.º e 805.º do Código Civil, pelo que deverá ser revogada e substituída por outra que faça a correta aplicação do direito, conforme se demonstrará.

[...] V. É manifesto e notório o erro na apreciação da matéria de facto, impondo-se a sua reapreciação por V.Ex.ªs, mediante a alteração da resposta dos pontos 39, 56, 57, 58 e 60, nos termos defendidos no presente articulado, tendo por referência a prova documental e testemunhal produzida.

VI. Igualmente, se impõe a alteração dos factos Não Provados dos pontos 66 e 69 para Provados, devendo o mesmo ser incluído na matéria de facto dada como provada nos termos defendidos no presente articulado, tendo por referência a prova documental e testemunhal produzida.

VII. Mais se impõe o aditamento aos factos provados da matéria de facto alegada nos artigos 35.º, 36.º, 39.º, 40.º e 42.º da contestação nos termos defendidos no presente articulado, tendo por referência a prova documental e testemunhal produzida.

VIII. Deve, finalmente, ser aditado, pelos fundamentos melhor aduzidos e a prova referida que: “Durante o ano de 2017 DD emagreceu de forma significativa e acentuada”.

IX. Entre a recorrente e DD foi celebrado um contrato de seguro do ramo Vida, titulado pela apólice n.º ..., com efeitos a 01.01.2018, assumindo particular significado, no âmbito deste tipo de contratos o princípio da boa fé, enquanto princípio geral das obrigações – artigos 227.º e 762.º do Código Civil, na medida em que o segurador é obrigado, então, a acreditar no segurado e, em contrapartida, este é obrigado a comportar-se com franqueza e lealdade. Daqui surge uma especial responsabilização do tomador do seguro perante as suas declarações, que, devem ser exatas e não reticentes.

X. Deve ser corrigida a data constante do ponto 39, passando a ler-se “01.01.2018” tendo por referência os documentos juntos aos autos, designadamente as condições particulares – seguro novo.

XI. A redação dos pontos 56, 57, 58 e 60 deve ser alterada nos termos defendidos considerando o teor dos documentos juntos e, bem assim, o depoimento das testemunhas EE e FF.

XII. As declarações prestadas pelos Autores encerram em si demasiadas imprecisões e leviandades, designadamente quanto às queixas que o falecido DD apresentava, à sua gravidade e importância que lhes era atribuída por aquele e por estes enquanto seus familiares, não sendo por isso credíveis e isentas ao contrário do que considerou o Tribunal de 1.ª instância.

XIII. O aditamento da matéria dos pontos 35.º, 36.º, 39.º, 40.º e 42.º da

contestação nos termos defendidos tem por referência do depoimento das testemunhas GG e FF.

XIV. O aditamento do ponto “Durante o ano de 2017 DD emagreceu de forma significativa e acentuada”, nos termos defendidos decorre da prova documental e do depoimento da testemunha EE.

XV. A alteração da resposta, para positiva, do ponto 66, nos termos explanados, decorre dos registos das consultas e do depoimento da testemunha EE.

XVI. A alteração da resposta, para positiva, do ponto 69, nos termos explanados, decorre dos registos clínicos do Centro Hospitalar

XVII. Ou seja, da análise da diversa documentação clínica junta aos autos, interpretada e explicada pelas aludidas testemunhas, resulta que, contrariamente ao declarado em 24.10.2017, HH apresentava diversas patologias, cuja gravidade não era por si ignorada, designadamente diabetes, cuja gravidade era evidenciada pela doença cardíaca com isquemia e nos exames de diagnóstico (RX relatado na consulta de 04.09.2017) e, paralelamente, havia suspeitas de depressão, posteriormente identificadas como suspeitas de demência, com alterações físicas e mentais significativas, razão pela qual foi a consultas, efetuou exames, tomou medicação, com o diagnóstico final de demência por Corpos de Lewy.

XVIII. Tal foi expressamente omitido aquando do preenchimento da proposta de seguro que deu origem ao identificado contrato de seguro, assim como em todas as declarações subsequentes até ao início do contrato de seguro que apenas ocorreu em 01.01.2018.

XIX. Caso tais informações tivessem sido prestadas, designadamente a gravidade dos diabetes, a suspeita de demência, a realização de consultas na especialidade de neurologia, a toma de medicação, designadamente anti-demenciais, a realização de exames, tal teria tido influência na apreciação do risco proposto e na celebração do contrato de seguro, aliás como resulta do depoimento das testemunhas GG e FF (cf. depoimentos do dia 7 de Setembro de 2023 e 10 de Fevereiro de 2025).

XX. As invocadas imprecisões e incongruências e as alterações propostas permitem evidenciar, de forma clara e manifesta, que o falecido DD tinha plena consciência: (a) da sua obrigação de responder com verdade às perguntas que lhe foram feitas e às quais respondeu ou a outras não concretamente colocadas, e (b) da sua intenção de omitir os factos relacionados com a sua saúde (ou ausência dela), designadamente das informações médicas.

XXI. Em conclusão, entende a Recorrente, tendo por referência a prova documental e testemunhal produzida nos autos, e devidamente identificada,

que existiu claro erro na apreciação da prova, impondo-se a alteração dos identificados pontos, alteração essa que permite concluir, contrariamente ao que consta da sentença, que: (a) à data do preenchimento da proposta de seguro e respetivo questionário e, posteriormente no período que antecedeu a efetiva celebração do contrato de seguro, existiam factos clínicos de importância que foram expressamente omitidos pelo referido DD, que deles tinha conhecimento, juntamente com os Autores, e (b) que o conhecimento desses factos era essencial para a apreciação do risco por parte da seguradora.

XXII. Basta a este propósito atentar no depoimento das testemunhas GG e FF, já transcritos, e que, de forma isenta e imparcial, depuseram sobre os procedimentos internos da “A...”, em tudo idênticos aos das demais companhias de seguros, ramo vida, designadamente quanto à análise do risco.

XXIII. A Recorrente “A...” nunca aceitaria a celebração deste contrato de seguro, pelo menos até ter sido esclarecida a efetiva gravidade dos diabetes – gravidade essa que não resultava dos exames fornecidos por DD, e, bem assim, a suspeita de demência.

XXIV. Não se trata, ao contrário do que consta da sentença colocada em crise, de uma questão de agravamento do risco, tanto mais que estão em causa factos, omitidos, pré-existent.

XXV. Face à proposta alteração é manifesto que a solução jurídica deveria ter sido diversa e, nessa medida, a invocada exceção de anulabilidade deveria ter sido julgada procedente, uma vez que não tendo tido conhecimento direto dos factos omitidos a “A...” não pôde avaliar com um grau razoável, ou até mínimo, de previsibilidade o risco que se pretendeu transferir.

XXVI. Por essa razão, o contrato de seguro titulado pela apólice n.º ... é anulável, impondo-se a declaração dessa anulabilidade e, em consequência, a absolvição da ré recorrente deste pedido.

XXVII. Ainda que se admita que a pretendida alteração não venha a ter acolhimento – por mera hipótese de raciocínio – ainda assim, entende a recorrente que a solução plasmada na sentença se mostra inquinada, impondo-se a alteração da mesma, tanto mais que a matéria assente demonstra, por si só, o comportamento culposos de DD no período que mediou o preenchimento e assinatura da proposta de seguro, da sua apresentação e a celebração do contrato de seguro, com as naturais consequências para a validade e manutenção do contrato de seguro.

XXVIII. Nos autos existem elementos que permitem concluir pela atuação culposa do falecido DD na fase pré-contratual.

XXIX. “Contrato de seguro é o contrato pelo qual o segurador, em troca do pagamento de uma soma em dinheiro (prémio) por parte do contratante

(segurado), se obriga a manter indemne o segurado dos prejuízos que podem derivar de determinados sinistros (ou casos fortuitos), ou ainda a pagar (ao segurado ou a terceiro), uma soma em dinheiro conforme a duração ou os eventos de vida de uma ou várias pessoas” (Francisco Guerra da Mota, O Contrato de Seguro Terrestre, vol. I, pág. 271).

XXX. Os factos apurados nos autos permitem concluir que DD violou, de forma consciente e culposa, os deveres assumidos na fase de contratação do seguro, designadamente o dever de boa-fé, tanto mais que a fase prévia ou preliminar à celebração do negócio – pré-contratual – constitui uma etapa especialmente relevante e merecedora da tutela do direito, uma vez que as declarações aí vertidas serão essenciais para a vinculação das partes e para a celebração definitiva do contrato de seguro que apenas produzirá efeitos nessa data e não na data da apresentação da proposta.

XXXI. Identifica-se, pois, o dever de declaração do risco como um específico dever lateral ou acessório, fundado na boa fé e enquadrável entre os deveres pré-contratuais de informação, ou seja, mesmo antes da formação do contrato e independentemente da eventual conclusão deste, existem deveres entre as partes que estas devem cumprir e respeitar, designadamente deveres de proteção, de informação e de lealdade na atuação das partes, visando evitar que uma delas atinja a confiança da outra de forma danosa ou utilize a negociação contratual com fins danosos.

XXXII. O comportamento de DD na data e no preenchimento e assinatura da proposta e no período que mediou esta data e a data efetiva celebração do contrato de seguro titulado pela apólice n.º ..., constitui uma manifesta violação dos deveres pré-contratuais por si assumidos, designadamente da boa fé e a lealdade e que deu lugar à celebração do contrato de seguro, sem que a Ré tivesse efetivo conhecimento do risco que estava a aceitar cobrir até pela inexatidão das declarações prestadas.

XXXIII. Considerando as respostas dadas, a recorrente aceitou a celebração do contrato de seguro, com início de vigência a 01.01.2018.

XXXIV. Não podemos deixar de ter presente que, a fase prévia ou preliminar à celebração do negócio – pré-contratual – constitui uma etapa especialmente relevante e merecedora da tutela do direito, tanto mais que, as declarações aí vertidas serão essenciais para a vinculação das partes e para a celebração definitiva do contrato de seguro que apenas produzirá efeitos nessa data e não na data da apresentação da proposta.

XXXV. Os deveres das partes não se esgotam na data do preenchimento da proposta e da declaração inicial do risco, mas durante todo o tempo em que durar a fase pré-negocial.

XXXVI. Facto concreto é que, antes e entre o momento do preenchimento da

proposta de seguro, do seu envio para a Recorrente e o da celebração do contrato de seguro, ocorreram circunstâncias do pleno conhecimento de HH e dos autores, cuja gravidade por eles – todos - era conhecida.

XXXVII. DD nada nada disse ou declarou inicial ou adicionalmente.

XXXVIII. DD não ignorava – nem poderia ignorar – que a sua situação clínica daquele era relevante para a celebração do contrato de seguro em causa.

XXXIX. Caso a ré tivesse tido conhecimento das suspeitas de demência, do acompanhamento médico, da medicação e dos exames nunca teria aceite celebrar tal contrato de seguro, pelo menos até ter sido realizada, com êxito, o seu diagnóstico.

XL. A recorrente demonstrou nos autos, conforme lhe competia, que, em momento anterior à da celebração do contrato de seguro, ou seja, em 1 de Janeiro de 2018, o falecido DD não lhe comunicou os factos alegados e apurados e relacionados com a saúde/doença daquele.

XLI. Não o fez na data do preenchimento, assinatura e do envio da proposta de seguro, nem após o pedido de esclarecimentos e de exames.

XLII. Nada disse na sequência do recebimento da comunicação enviada pela recorrente e datada de 7 de Dezembro de 2017, no âmbito da qual foi comunicada a aceitação do risco, com agravamento e, assim manteve o seu silêncio até à data início do contrato de seguro, por ele indicada, e a partir da qual passaram a pagar o prémio.

XLIII. É manifesto que a recorrente não pode avaliar com um grau razoável, ou até mínimo, de previsibilidade o risco que se pretendeu transferir.

XLIV. Face aos elementos constantes dos autos, é manifesto que o falecido DD prestou de forma culposa ou, pelo menos negligente, declarações omissas e inexatas quanto à saúde daquele. que eram do seu conhecimento, e, que eram passíveis de influenciar a existência ou as condições do contrato de seguro de vida.

XLV. A omissão e a inexatidão de factos, pelo tomador do seguro e pessoa segura, quanto a factualidade relevante para a avaliação do risco, torna o contrato de seguro de vida anulável, impondo-se a esse Tribunal Superior o seu reconhecimento e declaração, nos termos e para os efeitos do disposto no artigo 287.º do Código Civil.

XLVI. Deve a sentença proferida ser revogada e, em consequência, ser substituída por outra que reconheça judicialmente a anulabilidade do contrato de seguro, titulado pela apólice n.º ... e, dessa forma, absolva a Recorrente desse pedido, com todas as consequências legais.

Os recorridos responderam a estas alegações defendendo a falta de razão dos fundamentos do recurso e pugnando pela manutenção do julgado.

Após os vistos legais, cumpre decidir.

II. Questões a decidir:

As conclusões das alegações de recurso demandam desta Relação que decida as seguintes questões:

- i. Se a decisão sobre a matéria de facto deve ser alterada.
- ii. Se deve ordenar-se a ampliação da matéria de facto.
- iii. Se o tomador do seguro violou o dever de declaração inicial do risco quanto à sua situação clínica e qual a consequência da omissão da correspondente informação.

III. Impugnação da decisão sobre a matéria de facto:

O recorrente impugnou a decisão sobre a matéria de facto.

Mostram-se cumpridos de modo satisfatório os requisitos específicos desta impugnação, consagrados no artigo 640.º do Código de Processo Civil, nada obstando à sua apreciação, o que se passa a fazer.

§ Ponto 39 dos factos provados:

A data do início do contrato de seguro não pode deixar de ser a indicada na respetiva apólice de seguro, a qual foi junta pela ré com a contestação e assinala para esse início a data de 01.01.2018 e não a data de 01.11.2017. É certo que inicialmente o proponente do seguro pretendia o início na data mais antiga mas esta ficou prejudicada com as diligências realizadas pela seguradora para aceitar o seguro e fixar as respetivas condições, pelo que esse início só veio a ter lugar na data mais recente, conforme aliás o proponente aceitou (facto do ponto 35).

A redação do facto passa por isso a ser:

«39. O dito contrato de seguro teve o seu início em 01.01.2018, com vencimento anual, renovável.»

§ Ponto 56 dos factos provados:

A redação deste ponto não reflete tudo o que resulta de forma clara da prova produzida nos autos.

Resulta dos documentos médicos juntos aos autos e do relato da médica de família Dr.ª EE, designadamente, que antes da apresentação da proposta do seguro de vida o falecido já tinha apresentado problemas do foro mental (depressão, ansiedade, lentificação) e que inclusivamente já lhe havia sido prescrita por um médico medicação para esses problemas (Sertralina) que estava a tomar.

Esses problemas não só não passaram como se foram agravando, levando o médico a prescrever a realizar de exames de diagnóstico em resultado do que o falecido foi encaminhado para o Serviço de Neurologia do Hospital ... onde foi marcada consulta para 10-01-2018.

Logo, a redação do ponto passa a ser a seguinte:

«56. No início de 2017 DD tinha acompanhamento clínico regular na USF ... e encontrava-se medicado para as doenças descritas em 55 e para o que tinha sido diagnosticado como uma depressão, tendo a médica de família, em 16.10.2017, face à notória perda de peso do paciente e ao agravamento dos seus sintomas ao nível mental, feito, o seu reencaminhamento para a especialidade de neurologia do Hospital ..., onde foi marcada consulta para 10.01.2018.»

§ Ponto 57 dos factos provados:

Face à evidência que resulta dos documentos médicos juntos aos autos, a redação do ponto não é a mais feliz porque se centra no *diagnóstico final*, desprezando o conhecimento dos *sintomas* e das *suspeitas da médica de família*.

Segundo os documentos médicos juntos, designadamente os juntos com a contestação, DD já *apresentava, pelo menos em Março de 2018, sinais de «deterioração cognitiva e funcional a evoluir há cerca de 1 ano», com «esporádicas alucinações visuais» «apatia, alguns sinais extra piramidais» «processo de etiologia neurodegenerativa/mista?»*.

Por conseguinte, resultando dos documentos médicos que já no ano de 2016 ele tinha começado a ser medicado para aquilo que na altura o médico considerou tratar-se de uma depressão, podemos concluir que *pelo menos no primeiro trimestre de 2017* já o DD estava *consciente das alterações que se estavam a verificar ao nível dos seus processos mentais* (as alucinações e as perdas de localização, por exemplo, só podem ter sido contadas aos médicos pelo próprio ou pela família!).

O ponto 57 deve, por isso, ter a seguinte redação:

«57. No primeiro trimestre de 2017 DD começou a apresentar sintomas de um processo mental neurodegenerativo, com episódios de desorientação espacial e lentificação psico-motora (v.g. perder-se ou ficar desorientado em locais que conhecia perfeitamente e frequentava há anos, ter alucinações, deixar de conseguir fazer trocos como habitualmente fazia na sua atividade de comerciante), situação que conhecia, de que estava consciente e que já estava a ser estudada por médicos a que recorreu.»

§ Ponto 58 dos factos provados:

A resposta a este facto também não está completa porque quanto à descrição das patologias de que DD padeceu remete para pontos anteriores e nestes não se faz referência ao que foi anotado pela médica de família no registo clínico de 24.10.2016, ou seja, que nessa data apresentava sintomas a que a médica atribuiu o diagnóstico de *«doença cardíaca isquémica com angina»* motivo pelo qual remeteu o paciente para o serviço de urgência («envio ao su»).

Por isso a redação do facto passa a ser a seguinte:

«58. Em 24.10.2017 DD estava informado e consciente dos problemas de saúde que apresentara até então, descritos nos pontos 53 e seguintes e ainda que em 24.10.2016, apresentou sintomas de doença que a médica diagnosticou como “doença cardíaca isquémica com angina”.»

§ Ponto 60 dos factos provados:

Para julgar provado este facto e não provado o facto do ponto 70, o tribunal a quo levou em conta o depoimento de FF.

Efetivamente este depoimento permite julgar esta matéria, mas, ouvida a respetiva gravação, estamos em crer que a resposta dada simplifica em demasia o que a testemunha afirmou. É possível julgar provado mais do que a simples afirmação de que se a ré tivesse conhecimento que o segurado sofria de demência não teria aceite celebrar o contrato.

Resulta ainda do depoimento que o mesmo sucederia se a ré tivesse conhecimento que o segurado já apresentava problemas do foro mental, que a situação estava a ser estudada pela neurologia por suspeita de demência, e que em consequência da diabetes já apresentava calcificações nas artérias e uma cardiopatia isquémica com angina de peito.

A redação do facto passa a ser a seguinte:

«60. Se a ré tivesse tido conhecimento que quando apresentou a proposta de seguro DD já apresentava os sintomas de doença que estavam a ser estudados pela neurologia por suspeita de demência e que a doença diabetes já lhe tinha causado calcificações nas artérias e uma cardiopatia isquémica com angina de peito, teria recusado celebrar o contrato.»

● Ponto 66 dos factos não provados:

A pretensão da recorrente não procede. O que resulta dos documentos médicos juntos é que o segurado apresentou consumos excessivos de álcool no passado, há alguns anos, não que os continuava a apresentar por alturas de 2017 que é o facto que foi levado ao ponto em causa.

A decisão deve, por isso, ser mantida.

● Ponto 69 dos factos não provados:

Está junto aos autos com a contestação (pdf., a fols. 87 de 135) documento que permite julgar provado parte do que alega a recorrente. Tratou-se de um episódio de ida às urgências do Hospital ..., mas o segurado não foi visto pela neurologia, foi sim visto pelo médico de serviço nas urgências que lhe alterou a medicação para fazer face às *alucinações que lhe foram reportadas pelo filho do segurado*.

A consulta de neurologia teve lugar em 10.01.2018, a essa consulta seguiu-se a realização de uma TAC cerebral que ocorreu em 06.02.2018 e o respetivo relatório tem data de 13.03.2018. A história clínica reportada é a reprodução

do que consta de registo médicos anteriores, não o resultado do que tenha sido apurado no referido episódio nas urgências.

Logo, o ponto 69 deve passar para a matéria de facto provada com a seguinte numeração (subsequente ao último facto julgado provado pela 1.^a instância) e redação:

«61. Em 11.03.2018 DD foi visto no serviço de urgência do Hospital ..., com queixas reportadas pelo filho de agitação noturna, alucinações visuais frequentes nas últimas semanas e episódios de maior confusão, apresentando-se parcialmente desorientado no tempo e no espaço, tendo tido alta e remetido para acompanhamento pelas consultas externas de neurologia.»

Nesta parte e medida procede a impugnação da matéria de facto.

Essa procedência obriga, contudo, esta Relação a revisitar outros pontos da matéria de facto para evitar contradições.

No ponto 53 situa-se o início da manifestação de sinais de doença mental «*em meados de 2017*». Essa localização temporal é desde logo contrariada pelo ponto 54 onde se afirma que tais sintomas «foram *inicialmente identificados como causados por uma depressão* do foro psiquiátrico».

Os registos médicos juntos aos autos revelam que na consulta de 23.02.2017 a médica de família constatou e registou que em Outubro de 2016 tinha sido prescrita ao paciente por outro médico medicação para uma suposta depressão (*fols. 72 do pdf. junto em 26.09.2024*). Por conseguinte, aquelas manifestações (que inicialmente se suponha ser um quadro depressivo e depois se veio a constatar ser um processo demencial) não podem ter tido início apenas em meados de 2017, mas sim no último trimestre de 2016.

O ponto 52 tem, por isso, de ser alterado substituindo a expressão «em meados de 2017» pela expressão «no último trimestre de 2016», alteração que aqui se decide.

IV. Ampliação da matéria de facto:

A recorrente defende que deve ser ordenada a ampliação da matéria de facto.

O primeiro facto que quer ver ampliado já consta da resposta ao ponto 56, pelo que nada mais há que decidir sobre o mesmo.

As afirmações constantes dos artigos 35.º, 36 e 39.º da contestação constituem conclusões que se retiram da leitura da proposta de seguro e da informação então prestada pelo proponente, o que permite apurar o que o proponente comunicou à seguradora para o efeito, logo, à contrário, o que não lhe comunicou.

As afirmações dos artigos 40.º e 42.º são puras conclusões de direito, que se alcançarão, ou não, por aplicação do direito aos factos provados.

Por isso, entendemos não acolher a pretendida ampliação da matéria de facto,

seja por não se tratar efetivamente de matéria de facto, seja por constar já da fundamentação de facto o bastante para verificar se as conclusões de direito são sustentadas.

V. Fundamentação de facto:

Encontram-se julgados provados em definitivo os seguintes factos:

1. No dia 13 de Março de 2020, faleceu DD, sem testamento.
2. No estado de casado, no regime de comunhão de adquiridos, com a primeira autora e deixando dois filhos BB e CC.
3. Por escritura pública de empréstimo com hipoteca, outorgada em 28-03-2000 no 3.º Cartório Notarial do Porto, o interveniente Banco 1..., S.A., concedeu à autora AA e a DD um empréstimo no valor de 15.000.000\$00, pelo prazo de 20 anos, destinado a obras de beneficiação na sua habitação própria e permanente, tendo para garantia do reembolso do referido capital mutuado, bem como de juros contratuais à taxa de 4,639%, acrescido de 4% em caso de mora e de 600.000\$00, a título de despesas judiciais, sido constituída hipoteca sobre o prédio urbano composto de casa de cave, rés do chão, andar com quintal com duas garagens na cave, sito no Lugar ..., ..., Gondomar, descrito na Conservatória do Registo Predial respetiva sob o n.º ... e inscrito na respetiva matriz predial urbana da Freguesia sob o artigo ..., nos termos e condições contratuais acordadas na aludida escritura pública e documento complementar, cuja cópia se encontra junta como documento 1 do articulado do interveniente Banco 1..., SA, que no mais aqui se dá por reproduzido, que tomou o número de
4. Por escritura pública de mútuo com hipoteca e fiança, outorgada em 05-03-2003 perante a ajudante do 1.º Cartório Notarial do Porto, o interveniente Banco 1..., S.A., concedeu à autora AA e a DD um empréstimo no valor de € 50.000,00, pelo prazo de 23 anos, destinado a construção de um fogo no prédio urbano composto de terreno para construção, Lote ..., sito na Rua ..., Freguesia ..., Gondomar e descrito na Conservatória do Registo Predial de Gondomar sob o n.º ... e inscrito na matriz predial sob o artigo ..., tendo para garantia do reembolso do referido capital mutuado, bem como de juros contratuais à taxa de 4,278%, acrescido de 4% em caso de mora e de € 2.000,00, a título de despesas extrajudiciais, sido constituída hipoteca sobre o referido imóvel, tudo nos termos e demais condições contratuais acordadas na aludida escritura pública e documento complementar, cuja cópia se encontra junta como documento 2 do articulado do interveniente Banco 1..., SA, que no mais aqui se dá por reproduzido, que tomou o número de
5. Por escritura pública de abertura de crédito, outorgada em 09-07-2007, o interveniente Banco 1..., S.A., concedeu à autora AA e a DD um contrato de

abertura de crédito com o limite de € 60.000,00, pelo prazo de 288 meses, tendo para garantia do referido reembolso do referido capital mutuado, bem como de juros contratuais à taxa de 4,958%, acrescido de 4% em caso de mora e de € 2.400,00, a título de despesas extrajudiciais, sido constituída hipoteca sobre o prédio urbano composto de casa de cave, rés do chão, andar com quintal e duas garagens na cave, sito no Lugar ..., ..., Gondomar, descrito na Conservatória do Registo Predial respetiva sob o n.º ... e inscrito na respetiva matriz predial urbana da Freguesia sob o artigo ..., tudo nos termos e demais condições contratuais acordadas na aludida escritura pública e documento complementar, cuja cópia se encontra junta como documento 3 do articulado do interveniente Banco 1..., SA, que no mais aqui se dá por reproduzido,, que tomou o número de

6. Na data de 16-07-2018, o valor em dívida de capital, das citadas operações ascendia:

- a) quanto ao empréstimo com o n.º ..., a € 14.519,53.
- b) quanto ao mútuo com o n.º ..., a € 21.569,99.
- c) quanto à abertura de crédito com o n.º ..., a € 35.884,08.

7. As prestações das referidas operações de crédito, têm vindo a ser debitadas na conta D.O. com o n.º

8. E pagas por intermédio de tal débito, encontrando-se tais operações, na presente data, em situação regular.

9. Desde 16-07-2018, até 28-12-2020, foram liquidadas as seguintes prestações:

- a. Quanto ao empréstimo com o n.º ..., a quantia de € 1.100,47.
- b. Quanto ao mutuo com o n.º ..., a quantia de € 3.274,63.
- c. Quanto à abertura de crédito com o n.º ..., a quantia de € 4.850,09.

10. Na data de 05-05-2021, o valor em dívida de capital, das citadas operações ascendia:

- a. Quanto ao empréstimo com o n.º ..., a €13.307,83;
- b. Quanto ao mútuo com o n.º ..., a €18.143,61;
- c. Quanto à abertura de crédito com o n.º ..., a €30.809,09.

11. A autora AA subscreveu em 30-12-2015, na aí declarada qualidade de tomador do seguro, a proposta de seguro A... Habitação n.º ..., conforme pág. 1 do documento 2 da petição inicial e pág.1 do documento 1 da contestação, nos termos da qual, para além do mais que da mesma consta e que aqui se dá por reproduzido, foi identificada como 1.ª pessoa segura a autora e como 2.ª pessoa segura DD, indicando-se como data de início pretendido 2016-02-01 e como capital seguro o montante de € 47.378,92 (capital seguro atualizado anualmente de acordo com o capital em dívida à data do vencimento do contrato), referente aos créditos supra identificados em 3 e 4, com plano de

cobertura de morte, invalidez absoluta e definitiva e invalidez total e permanente, indicando como beneficiário irrevogável relativamente à parte do capital em dívida o Banco 1... e, pelo eventual remanescente, em caso de morte, os herdeiros legais.

12. Foi ainda preenchido e assinada pela autora e pelo referido DD, com data de 30-12-2015, o questionário clínico cuja cópia se encontra junta a págs. 2 dos documento 2 da petição inicial e do documento 1 da contestação, cujo teor aqui se dá por reproduzido.

13. Nesse questionário clínico, DD declarou expressamente, entre outros, que não tinha qualquer problema de saúde, que não sofria de qualquer das doenças ali elencadas, designadamente “Doença cardíaca, vascular ou hipertensão arterial”, “Doenças da tiroide ou diabetes”, “Colesterol ou triglicerídeos elevados” e que não consumia medicamentos.

14. Face às resposta dadas por DD aos questionários clínicos a ré concluiu pela não necessidade de quaisquer exames médicos específicos, uma vez que da análise global dos quesitos resultava que este não tinha qualquer problema de saúde.

15. A ré seguradora aceitou tal proposta, tendo emitido a correspondente apólice tituladora de contrato de seguro A... Habitação n.º ..., datada de 07-01-2016, constando da mesma as respectivas condições particulares, conforme cópia da referida apólice junta nos documentos 2 da petição inicial e 1 da contestação, constando as condições gerais do aludido contrato, que aqui se dão por reproduzidas, da parte final do documento 1 da contestação.

16. Nos termos e por força de tal contrato, a ré seguradora garantia cobertura dos riscos de morte, invalidez absoluta definitiva e invalidez total permanente das pessoas seguras, AA e o referido DD, garantindo o pagamento do capital seguro de €47.378,92, referente ao débito resultante dos contratos de mútuo n.ºs ... e ..., com atualização do capital, sendo beneficiário irrevogável, pelo capital em dívida, o Banco Mutuante Banco 1..., S.A. e, no caso de eventual remanescente, os herdeiros legais das pessoas seguras.

17. Por Ata Adicional n.º 4 à Apólice n.º ... consta como capital seguro a partir de 01-02-2018 o montante de €39.336,31, conforme pág. 10 do documento 1 da contestação que, no mais, aqui se dá por reproduzido.

18. A autora AA subscreveu em 30-12-2015, na aí declarada qualidade de tomador do seguro, a proposta de seguro A... Habitação n.º ..., cuja cópia se encontra junta com o documento 3 da petição inicial e com o documento 2 da contestação, nos termos da qual, para além do mais que da mesma consta e que aqui se dá por reproduzido, foi identificada como 1.ª pessoa segura a autora e como 2.ª pessoa segura DD, indicando-se como data de início pretendido 2016-02-01, e como capital seguro o montante de € 42.800,37

(capital seguro atualizado anualmente de acordo com o capital em dívida à data do vencimento do contrato), referente ao crédito referido em 5, com plano de cobertura de morte, invalidez absoluta e definitiva e invalidez total e permanente, indicando como beneficiário irrevogável relativamente à parte do capital em dívida o Banco 1... e, pelo eventual remanescente, em caso de morte, os herdeiros legais.

19. Foi ainda preenchida e assinada pela autora e pelo referido DD, com data de 30-12-2015, o questionário clínico o cuja cópia se encontra junta a págs. 3 dos documento 3 da petição inicial e do documento 2 da contestação, cujo teor aqui se dá por reproduzido.

20. Nesse questionário clínico, DD declarou expressamente, entre outros, que não tinha qualquer problema de saúde, que não sofria de qualquer das doenças ali elencadas, designadamente “Doença cardíaca, vascular ou hipertensão arterial”, “Doenças da tiroide ou diabetes”, “Colesterol ou triglicérideos elevados” e que não consumia medicamentos.

21. Face às resposta dadas por DD aos questionários clínicos o Departamento Clínico do ré concluiu pela não necessidade de quaisquer exames médicos específicos, uma vez que da análise global dos quesitos resultava que este não tinha qualquer problema de saúde.

22. A ré seguradora aceitou tal proposta, tendo emitido a correspondente apólice tituladora de contrato de seguro A... Habitação n.º ..., constando da mesma as respectivas condições particulares, conforme cópia da referida apólice junta nos documentos 3 da petição inicial e 2 da contestação, constando as condições gerais do aludido contrato, que aqui se dão por reproduzidas, da parte final do documento 1 da contestação.

23. Nos termos e por força de tal contrato, a ré seguradora garantia cobertura dos riscos de morte, invalidez absoluta definitiva, invalidez total permanente das pessoas seguras, AA e DD, garantindo o pagamento do capital seguro de €42.800,37, referente ao débito resultante do contrato de mútuo n.º ..., sendo beneficiário irrevogável, pelo capital em dívida, o Banco Mutuante Banco 1..., S.A. e, no caso de eventual remanescente, os herdeiros legais das pessoas seguras.

24. Por Ata Adicional n.º 4 à Apólice n.º ..., consta como capital seguro a partir de 01-02-2018 o montante de €37.415,11, conforme consta de pág.10 do documento 2 da contestação que, no mais, aqui se dá por reproduzido.

25. Consta do art. 5º, n.º5, das Condições Gerais supra referidas que “Caso se verifique que por dolo do Tomador do Seguro ou da Pessoa Segura, o risco não tenha sido declarado com a exatidão, o Segurador pode declarar a anulação do contrato, a qual deve ser transmitida ao Tomador do Seguro dentro de três meses a contar do respetivo conhecimento”.

26. Os aludidos contratos de seguro entraram em vigor no dia 01-02-2016.
27. DD subscreveu em 24-10-2017, na aí declarada qualidade de tomador do seguro e pessoa segura, a proposta de seguro A... Vida Pleno cuja cópia se encontra junta como documento 4 da petição inicial e como documento 3 da contestação, nos termos da qual, para além do mais que da mesma consta e que aqui se dá por reproduzido, foram indicadas como coberturas morte, invalidez absoluta e definitiva e invalidez total e permanente a partir de 65%, com o capital seguro de € 50.000,00 e data de início pretendida 2017-11-01.
28. Integra tal proposta o documento denominado questionário clínico, cujo teor aqui se dá por reproduzido, assinado pelo referido DD, com data de 24-10-2017, no qual este declarou expressamente, entre outros, que não tinha qualquer problema de saúde, que não sofria de qualquer das doenças ali elencadas, designadamente “*Doença cardíaca, vascular ou hipertensão arterial*”, “*Doenças da tiroide ou diabetes*”, “*Colesterol ou triglicerídeos elevados*”, “*Doença de Alzheimer ou outra demência*” “*Ansiedade, depressão ou outro tipo de perturbações mentais*”, que não consumia medicamentos e que não tinha sofrido alteração de peso nos últimos 12 meses.
29. Após a entrega dessa proposta, a ré seguradora, solicitou a DD o envio dos seguintes elementos adicionais: cópia das últimas *análises ao sangue* onde conste a hemoglobina glicosilada (HBA1C) e a depuração creatinina, preenchimento na íntegra e correspondente assinatura do *questionário de hipertensão arterial*, cópia do último eletrocardiograma efetuado (relatório + traçado) e comprovativo farmacêutico da *medição da tensão arterial* durante 3 dias consecutivos, devidamente assinado por aquele ou autenticado e identificado pela entidade emitente.
30. DD, em 24-11-2017, remeteu todos os elementos solicitados, conforme documento 6 da petição inicial.
31. Tendo o questionário de hipertensão arterial enviado sido preenchido, assinado e datado em 22-11-2017 por DD, indicando o mesmo, além do mais que do mesmo consta e que aqui se dá por integralmente reproduzido, que: a data em que lhe foi diagnosticada a tensão arterial elevada foi 2008, que se encontra a tomar medicamento para a tensão arterial, tendo indicado o nome do medicamento, a dose, a frequência e a data em que começou a tomá-lo e respondido “sim” à questão 8. «*Sofre de algum problema relacionado com hipertensão arterial (colesterol e/ou triglicerídeos elevados, diabetes mellitus, coração, problemas de rins e vistas)?*», tendo especificado sofrer de «*diabetes não insulino dependente*».
32. Em 29-11-2017, foi solicitado ao referido DD, «o preenchimento na íntegra e correspondente assinatura do questionário de diabetes», o que este fez, tendo remetido à ré, em 04-12-2017, o referido questionário de diabetes, por

ele preenchido, assinado e datado, nos termos que constam do documento 7 da petição inicial, no qual informa padecer de Diabetes Mellitus tipo 2, cujo teor no mais, aqui se dá por integralmente reproduzido.

33. Após ter recebido os elementos solicitados, a ré, em 07-12-2017, apresentou novas condições do seguro de vida em causa, concretamente: 1.^a pessoa Segura aceite com agravamento: morte de 50% e 0,00% e de invalidez: 75%, indicando como motivo clínico diabetes.

34. Por exigência da ré DD foi a uma clínica médica indicada pela ré onde realizou análises ao sangue e urina.

35. Por e-mail de 13-12-2017, o referido DD transmitiu à ré a aceitação das novas condições propostas, solicitando que o contrato se iniciasse em 01-01-2018.

36. Considerando as respostas de DD ao referido questionário clínico e bem assim, nos questionários de Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus II, e partindo do pressuposto que as mesmas seriam verdadeiras, o risco proposto foi aceite com um agravamento, concluindo o Departamento Clínico da ré pela não necessidade de quaisquer exames médicos específicos adicionais.

37. Em consequência, a ré seguradora emitiu a apólice titular do contrato de seguro A... Vida Pleno n.º ..., conforme apólice e condições gerais do aludido contrato, juntas como documento 3 da contestação, que aqui se dão por reproduzidas, cobrindo tal contrato os riscos de morte, invalidez absoluta e definitiva e invalidez total e permanente a partir de 65% de incapacidade da pessoa segura, DD, estando estipulado que, em caso de ocorrência de sinistro por concretização desses riscos, a Ré pagaria o valor de €50.000,00 (cinquenta mil euros) ao tomador do seguro, DD no caso de invalidez ou, no caso de sua morte, aos seus herdeiros legais.

38. Consta do art. 5º, n.º 5 das respectivas Condições Gerais que “Caso se verifique que por dolo do Tomador do Seguro ou da Pessoa Segura, o risco não tenha sido declarado com a exatidão, o Segurador pode declarar a anulação do contrato, a qual deve ser transmitida ao Tomador do Seguro dentro de três meses a contar do respetivo conhecimento”.

39. O dito contrato de seguro teve o seu início em 01.01.2018, com vencimento anual, renovável.

40. No mês de Julho de 2018, foi transmitida à ré a intenção do tomador do seguro DD de acionar o seguro designado “A... Vida Pleno ...” correspondente à apólice n.º

41. Para isso, em 16.07.2018, a ré remeteu, via e-mail, o impresso de participação de sinistro, conforme documento 11 junto com a petição inicial, que aqui se dá por reproduzido.

42. O falecido DD preencheu e assinou tal participação e, datando-a de

01.08.2018, devolveu-a à ré participado um sinistro e solicitado o acionamento das garantias do contrato de seguro com a apólice ..., designadamente da cobertura Invalidez Absoluta e Definitiva relativamente a DD, conforme documento 4 da contestação, que aqui se dá por reproduzido.

43. Sendo a mesma acompanhada de:

a. *Atestado Médico de incapacidade multiuso* com atribuição de incapacidade permanente de 80%, com data de 18.06.2018.

b. Relatórios médicos (Relatórios de Episódio de Urgência datado de 11.03.2018, do qual consta no Campo “História da doença” *«Homem de 62 anos. Com Consulta de Neurologia (Demência) por provável DCB/DCL, com cerca de 1 ano de evolução», de 14.03.2018 e de 06.06.2018»*.)»

c. Relatório de RM Crânio Encefálica realizada em 06.02.2018, datado de 13.03.2018.

d. Informação Clínica datada de 11.04.2018, na qual se refere o seguinte: *«O utente DD, D.N. 23/09/1955, processo clínico ..., foi observado numa primeira consulta por neurologia neste hospital em 10/01/2018, por um quadro de declínio cognitivo e funcional com sinais extrapiramidais associados, a evoluir há cerca de um ano. Colocou-se a hipótese de se tratar de um processo demencial neurodegenerativo. Realizou RM cerebral que mostrou discretas alterações de leucoencefalopatia e vias de circulação de liquor amplas, sem evidência de atrofias lobares focais. Está programada avaliação neuropsicológica e vai ser proposto realizar punção lombar para estado de biomarcadores no LCR.»*

e. Relatório da médica da ..., datado de 02.05.2018, onde a mesma *«(...) declara pela sua honra profissional que DD cuja identidade confirmou sofre de processo demencial neurodegenerativo (DCL/DCB?) ainda em estudo. O doente que tem A.P. Diabetis Mellitus + HTA e alguns consumos de álcool exagerados no passado apresenta, desde há um ano, emagrecimento acentuado, desorientação espacial, lentificação psicomotora. Até essa data trabalhava como vendedor ambulante de peixe, mas subitamente passou a ficar desorientado e perdido nos trajetos que diariamente e desde há muitos anos fazia, deixou de conseguir fazer trocos, etc. Vai ser submetido a avaliação neuropsicológica a 9/5/2018. Deixou de conduzir, a medicação é orientada pela filha e ajudado nas restantes tarefas. Encontra-se totalmente incapaz de desempenhar as suas funções. (...).»*

f. Informação médica de avaliação de incapacidade para a segurança social; g. atestado de doença com data de 02.05.2018, de onde consta *«sofre desde há um ano e com início súbito Síndrome Demencial Neuro Degenerativo (DCU/DCB?) ainda e estudo, tendo agendado para 09/05/2018 Avaliação Neurológica no Centro Hospitalar Apresenta com AP relevantes Diabetes Mellitus +*

HTA”, que no mais aqui se dá por reproduzido».

44. Por carta datada de 28 de Agosto de 2018, a ré solicitou novos documentos, a saber:

- a. Relatório circunstanciado do médico de família com a história clínica, com referência a datas de diagnóstico da diabetes, hipertensão arterial e dislipidemia;
- b. Original do comprovativo da impossibilidade de continuar a desenvolver a sua profissão ou qualquer outra compatível com os seus conhecimentos e capacidades (documento oficial e comprovativo da reforma por invalidez da Segurança Social);
- c. Original do relatório da Junta Médica da Administração Regional de Saúde ou fotocópia do documento autenticada por notário ou advogado com poderes para o efeito.

45. Perante este pedido, a ré foi informada pela primeira autora que se encontrava pendente o pedido de reforma por invalidez no Instituto da Segurança Social, I.P., não dispondo dos elementos solicitados.

46. A segunda autora, em 20-02-2019 escreveu um e-mail à ré com o seguinte teor: “Em Agosto passado acionei as garantias dos seguros acima mencionados. Recebi resposta a informar ser necessário o envio do documento comprovativo da reforma por invalidez da segurança social. Não o enviei até à data pois a reforma atribuída pela segurança social não está correta e estou neste momento a aguardar que seja atribuída a reforma por invalidez correta. Contudo, tive informação que seria possível prosseguir com este processo com a apresentação do atestado de incapacidade multiusos, do qual já enviei cópia em agosto. Solicito análise da situação exposta”.

47. Em 8 de Março de 2019, a ré enviou à autora e a DD a carta datada de 8 de Março de 2019, em que reiterou o pedido de informações de 28.08.2019.

48. Pelo que os autores, em data não concretamente determinada, remeteram a seguinte documentação, rececionada pela ré em 03.04.2019:

- a. certificação por advogado de fotocópia do atestado médico de Incapacidade Multiusos datado de 18-06-2018.
- b. uma carta da segurança social, datada de 19.03.2019, a informar que a reclamação estava em análise.
- c. certificação por advogado de fotocópia do original de atestado de doença datado de 17-10-2018, no qual se atestava que “DD (...) sofre de Diabetes Mellitus com diagnóstico em 2002, HTA, diagnosticada desde 2008 e Dislipidémia com diagnóstico em 2005 (...)”.

49. Por cartas datadas de 15-04-2019, dirigidas à autora AA, a ré comunicou a esta, relativamente aos contratos titulados pelas apólices n.º ... e ..., que «(...) No seguimento da análise efetuada por este segurador aos elementos

recebidos na sequência de participação de sinistro em referência, constatamos que, aquando da subscrição do contrato de seguro (...) foram omitidas na proposta do seguro por parte da 2.ª pessoa segura, Sr. DD, informações que seriam determinantes, no caso em concreto, para a rejeição imediata do risco. Assim, e de acordo com o disposto no ponto 5 do artigo 5.º das Condições Gerais, que anexamos, as omissões e declarações inexatas ou incompletas, feitas pela 2.ª Pessoa Segura, que alterem a apreciação do risco, tornam nulas, nos termos legais, as garantias do contrato suscetíveis de por elas serem influenciadas pelo que vimos por este meio informar V. Exa. de que consideramos nulo e sem qualquer efeito o contrato acima referenciado, desde o seu início, declinando qualquer responsabilidade no pagamento do sinistro em causa e sem restituição de prémios.

50. Por carta datada de 15-04-2019, dirigida a DD, a ré comunicou a este, relativamente ao contrato titulado pelas apólice n.º ..., que «(...) No seguimento da análise efetuada por este segurador aos elementos recebidos na sequência de participação de sinistro em referência, constatamos que, aquando da subscrição do contrato de seguro (...) foram omitidas na proposta do seguro por parte de V.Exa., informações que seriam determinantes, no caso em concreto, para a rejeição imediata do risco. Assim, e de acordo com o disposto no ponto 5 do artigo 5.º das Condições Gerais, que anexamos, as omissões e declarações inexatas ou incompletas, feitas pela Pessoa Segura, que alterem a apreciação do risco, tornam nulas, nos termos legais, as garantias do contrato suscetíveis de por elas serem influenciadas pelo que vimos por este meio informar V. Exa. de que consideramos nulo e sem qualquer efeito o contrato acima referenciado, desde o seu início, declinando qualquer responsabilidade no pagamento do sinistro em causa e sem restituição de prémios. (...)».

51. A ré deu conhecimento ao Banco 1..., S.A, por cartas datadas de 15 de Abril de 2019, referentes às Apólices n.º ... e ..., que na sequência da comunicação da situação de invalidez do segurado DD, «(...) declinou qualquer responsabilidade no pagamento do capital seguro, por entender não estarem cumpridos os requisitos contratuais exigidos. (...)», e informou que «(...) procedemos à anulação da apólice em referência, desde o seu início, tendo sido dado conhecimento ao Tomador do Seguro da posição assumida.

52. Na data do óbito o referido DD sofria da doença de demência de Corpos de Lewi.

53. Sem que nada o fizesse prever, no último trimestre de 2016, DD começou a apresentar sinais de doença mental.

54. E os seus sintomas foram inicialmente identificados como causados por uma depressão do foro psiquiátrico, apenas em 16.10.2017 se colocando a

suspeita de existir uma doença do foro neurológico e não do psiquiátrico.

55. As patologias de Diabetes mellitus, HTA e dislipidemia de que padecia DD foram diagnosticadas em 2002, 2008 e 2005, respetivamente.

56. No início de 2017 DD tinha acompanhamento clínico regular na USF ... e encontrava-se medicado para as doenças descritas em 55 e para o que tinha sido diagnosticado como uma depressão, tendo a médica de família, em 16.10.2017, face à notória perda de peso do paciente e ao agravamento dos seus sintomas ao nível mental, feito, o seu reencaminhamento para a especialidade de neurologia do Hospital ..., onde foi marcada consulta para 10.01.2018.

57. No primeiro trimestre de 2017 DD começou a apresentar sintomas de um processo mental neurodegenerativo, com episódios de desorientação espacial e lentificação psico-motora (v.g. perder-se ou ficar desorientado em locais que conhecia perfeitamente e frequentava há anos, ter alucinações, deixar de conseguir fazer trocos como habitualmente fazia na sua atividade de comerciante), situação que conhecia, de que estava consciente e que já estava a ser estudada por médicos a que recorreu.

58. Em 24.10.2017 DD estava informado e consciente dos problemas de saúde que apresentara até então, descritos nos pontos 53 e seguintes e ainda que em 24.10.2016, apresentou sintomas de doença que a médica diagnosticou como “doença cardíaca isquémica com angina”.

59. Se tivesse tido conhecimento de que o segurado sofria de diabetes, a ré não teria aceite celebrar os contratos de seguro referidos em 15/16 e 22/23, nos moldes em que o fez.

60. Se a ré tivesse tido conhecimento que quando apresentou a proposta de seguro DD já apresentava os sintomas de doença que estavam a ser estudados pela neurologia por suspeita de demência e que a doença diabetes já lhe tinha causado calcificações nas artérias e uma cardiopatia isquémica com angina de peito, teria recusado celebrar o contrato.

61. Em 11.03.2018 DD foi visto no serviço de urgência do Hospital ..., com queixas reportadas pelo filho de agitação noturna, alucinações visuais frequentes nas últimas semanas e episódios de maior confusão, apresentando-se parcialmente desorientado no tempo e no espaço, tendo tido alta e remetido para acompanhamento pelas consultas externas de neurologia.

VI. Matéria de Direito:

O regime jurídico do contrato de seguro, aprovado pelo Decreto-Lei n.º 72/2008, de 16 de abril, impõe ao tomador do seguro ou segurado deveres específicos de informação com vista à formação do contrato de seguro. A eles se refere o artigo 24.º, respeitante aos deveres de informação no

momento da declaração inicial do risco, que estabelece o seguinte:

«1 - O tomador do seguro ou o segurado está obrigado, antes da celebração do contrato, a declarar com exatidão todas as circunstâncias que conheça e razoavelmente deva ter por significativas para a apreciação do risco pelo segurador.

2 - O disposto no número anterior é igualmente aplicável a circunstâncias cuja menção não seja solicitada em questionário eventualmente fornecido pelo segurador para o efeito.

3 - O segurador que tenha aceitado o contrato, salvo havendo dolo do tomador do seguro ou do segurado com o propósito de obter uma vantagem, não pode prevalecer-se:

a) Da omissão de resposta a pergunta do questionário;

b) De resposta imprecisa a questão formulada em termos demasiado genéricos;

c) De incoerência ou contradição evidente nas respostas ao questionário;

d) De facto que o seu representante, aquando da celebração do contrato, saiba ser inexato ou, tendo sido omitido, conheça;

e) De circunstâncias conhecidas do segurador, em especial quando são públicas e notórias.

4 - O segurador, antes da celebração do contrato, deve esclarecer o eventual tomador do seguro ou o segurado acerca do dever referido no n.º 1, bem como do regime do seu incumprimento, sob pena de incorrer em responsabilidade civil, nos termos gerais.»

Já o artigo 25.º estabelece as consequências da prestação dolosa de informação inexata ou com omissões, dispondo que:

«1- Em caso de incumprimento doloso do dever referido no n.º 1 do artigo anterior, o contrato é anulável mediante declaração enviada pelo segurador ao tomador do seguro.

2 - Não tendo ocorrido sinistro, a declaração referida no número anterior deve ser enviada no prazo de três meses a contar do conhecimento daquele incumprimento.

3- O segurador não está obrigado a cobrir o sinistro que ocorra antes de ter tido conhecimento do incumprimento doloso referido no n.º 1 ou no decurso do prazo previsto no número anterior, seguindo-se o regime geral da anulabilidade.

4- O segurador tem direito ao prémio devido até ao final do prazo referido no n.º 2, salvo se tiver concorrido dolo ou negligência grosseira do segurador ou do seu representante.

5- Em caso de dolo do tomador do seguro ou do segurado com o propósito de obter uma vantagem, o prémio é devido até ao termo do contrato.»

Quando essas omissões e inexatidões são devidas a negligência, rege o artigo 26.º que estatui o seguinte regime:

«1- Em caso de incumprimento com negligência do dever referido no n.º 1 do artigo 24.º, o segurador pode, mediante declaração a enviar ao tomador do seguro, no prazo de três meses a contar do seu conhecimento:

- a) Propor uma alteração do contrato, fixando um prazo, não inferior a 14 dias, para o envio da aceitação ou, caso a admita, da contraproposta;
- b) Fazer cessar o contrato, demonstrando que, em caso algum, celebra contratos para a cobertura de riscos relacionados com o facto omitido ou declarado inexatamente.

2- O contrato cessa os seus efeitos 30 dias após o envio da declaração de cessação ou 20 dias após a receção pelo tomador do seguro da proposta de alteração, caso este nada responda ou a rejeite.

3- No caso referido no número anterior, o prémio é devolvido *pro rata temporis* atendendo à cobertura havida.

4- Se, antes da cessação ou da alteração do contrato, ocorrer um sinistro cuja verificação ou consequências tenham sido influenciadas por facto relativamente ao qual tenha havido omissões ou inexatidões negligentes:

- a) O segurador cobre o sinistro na proporção da diferença entre o prémio pago e o prémio que seria devido, caso, aquando da celebração do contrato, tivesse conhecido o facto omitido ou declarado inexatamente;
- b) O segurador, demonstrando que, em caso algum, teria celebrado o contrato se tivesse conhecido o facto omitido ou declarado inexatamente, não cobre o sinistro e fica apenas vinculado à devolução do prémio. »

No caso, relativamente ao seguro de vida cuja negociação se iniciou com a proposta de seguro apresentada em 24.10.2017, único que está em causa no presente recurso, discute-se se o proponente tomador do seguro e segurado cumpriu os seus deveres de informação ou se omitiu informação relevante ou prestou informação inexata e na afirmativa se tal ocorreu por dolo ou por negligência do proponente.

Como vimos, o artigo 24.º estabelece que o dever de informação tem por objeto a declaração, com exatidão, de *todas as circunstâncias que o tomador do seguro ou segurado conheça* e que *razoavelmente deva ter por significativas para a apreciação do risco pelo segurador*.

Este dever de informação decorre da *exigência geral de boa fé*. Um contraente honesto, leal e correto deve, estando de boa fé, dar à outra parte a informação que se situa na sua esfera pessoal e que sabe que irá ser relevante para a decisão de contratar e/ou para a estrutura dos termos da contratação.

O primeiro requisito para o preenchimento do conteúdo desse dever é o de *a circunstância ser conhecida*: só há obrigação de informar o que se conhece,

não o que se desconhece. O proponente do seguro deve fornecer a informação de *modo espontâneo e diligente*, sem esperar que o segurador lhe peça a informação concreta de determinada circunstância, mas não está obrigado, por exemplo, a *efetuar diligências prévias para verificar se existem* circunstâncias relevantes para a avaliação do risco e informar a seguradora delas no momento da apresentação da proposta, v.g. pedir uma avaliação geral do seu estado de saúde ou realizar exames que até esse momento nenhum médico lhe indicou.

Todavia, o *conhecimento da circunstância* não se confunde com o *conhecimento do diagnóstico médico*. Aquele conhecimento existe a partir do momento em que o proponente *sente e conhece os respetivos sintomas e manifestações* e estes traduzem uma *alteração do seu estado anterior suficiente para justificar o recurso à assistência médica*, de acordo com o *critério de prudência e atenção que normalmente a pessoa deve seguir* em relação à sua saúde e que *evolui* com a idade, com a frequência do aparecimento dos sintomas e a sua evolução, com as comorbilidades.

Se a pessoa não conhece ainda a doença de que padece porque *não foi* ou *ainda não foi* médico, devendo fazê-lo, ou *não realizou ainda os exames prescritos* pelo médico na sequência das hipóteses colocadas por este face aos sintomas e manifestações, não poderá pretender que a informação em causa não está abrangida pelo dever de declaração inicial do risco. Nessa situação ele deve *informar aquilo de que tem conhecimento* e bem assim que *aguarda o diagnóstico médico* ou o resultado de exames a realizar.

O segundo requisito é o de se tratar de circunstâncias que *razoavelmente devam ser tidas por significativas* para a apreciação do risco.

Só há obrigação de informar em relação a *dados que um homem médio, razoavelmente informado, agindo de boa fé e por isso atento* aos vários interesse envolvidos na negociação do contrato, colocado na situação do A... tomador do seguro, *deva considerar que têm importância ou relevo* para apreciar a dimensão do risco que o contrato visa cobrir.

Não obstante, se o tomador do seguro ou segurado possuir *conhecimento específicos* sobre a matéria, for um profissional da área, parece que esse juízo de razoabilidade deve levar em conta a *situação concreta* em que ele se encontra em relação a essa informação e ao relevo da mesma.

No dizer do Acórdão do Supremo Tribunal de Justiça de 29.06.2017, proc. 225/14.1TBTND.C1.S1, in www.dgsi.pt, embora a propósito especificamente dos seguros de saúde, é exigido ao tomador ou segurado «que revele as circunstâncias relativas à saúde do segurado que conhecem no momento da declaração e que, para um *segurador medianamente cuidadoso na avaliação dos riscos que assume*, são objetivamente de considerar relevantes para a

decisão de contratar, ou para a definição concreta do conteúdo dos contratos». Tratando-se de um seguro que cobre o *risco de vida e de incapacidade permanente ou absoluta*, são naturalmente, significativos os dados relativos à *saúde* do proponente, o que inclui as *doenças*, anteriores e contemporâneas da proposta, *cujas causas, gravidade, consequências ou sequelas sejam suscetíveis de interferir com a esperança de vida ou a esperança de vida ativa*, no sentido de terem alguma influência sobre a duração da vida do segurado ou poderem causar, potencialmente, a morte ou invalidez (o proponente não tem de informar se já teve gripe, mas, por exemplo, tem de informar se o COVID lhe deixou sequelas relevantes que exigem acompanhamento médico).

Em regra, esse dever de informação é concretizado através do preenchimento do questionário pelo proponente no momento da apresentação da proposta. Por se tratar de um questionário clínico previamente elaborado pelo segurador, o qual domina as circunstâncias que são relevante para apreciar o risco e possui meios e conhecimento para através das perguntas formuladas nesse questionário despistar as situações de natureza clínica relevantes para o efeito, o proponente só tem, em princípio, a obrigação de *responder com verdade e sem omissões ou inexatidões a esse questionário*.

Todavia, porque o questionário visa *facilitar* a prestação da informação e não *delimitar* a informação a prestar, cujo âmbito resulta do critério legal, não do teor do questionário pré elaborado pela seguradora, se o proponente *conhecer circunstâncias relevantes que não constem do questionário*, deve ainda assim fornecer informação das mesmas ao segurador se, razoavelmente, não poder deixar de contar com o relevo da informação para a apreciação do risco.

Não obstante, salvo havendo dolo do tomador do seguro ou do segurado com o propósito de obter uma vantagem, o segurador que tenha aceitado o contrato não pode prevalecer-se da omissão de resposta a pergunta do questionário, de resposta imprecisa a questão formulada em termos demasiado genéricos ou de incoerência ou contradição evidente nas respostas ao questionário. Por outras palavras, salvo havendo dolo, cabe-lhe o *dever de verificar o preenchimento do questionário* e, verificando a presença dessas incorreções, pedir ao proponente que preencha de novo o questionário, acrescentando a resposta em falta, fornecendo uma resposta cabal ou suprimindo as incoerências ou contradições das respostas, sob pena de não poder invocar, com esse fundamento, que o dever de informação do proponente não foi cumprido. De referir que o artigo 91.º estabelece igualmente o dever de informação das *alterações do risco respeitantes ao objeto da declaração inicial de risco consagrada no artigo 24º*.

Nos termos do artigo 93º, n.º 1, «o tomador do seguro ou o segurado tem o dever de, durante a execução do contrato, no prazo de 14 dias a contar do

conhecimento do facto, *comunicar ao segurador todas as circunstâncias que agravem o risco, desde que estas, caso fossem conhecidas pelo segurador aquando da celebração do contrato, tivessem podido influir na decisão de contratar ou nas condições do contrato*».

Recebida essa comunicação, o segurador tem o prazo de 30 dias, a contar do conhecimento da circunstância agravante do risco, para apresentar ao tomador do seguro uma proposta de modificação do contrato ou resolver o contrato, caso demonstre que em caso algum celebraria um contrato que cobrisse riscos com as características resultantes desse agravamento do risco.

Se antes ocorrer um sinistro cuja verificação ou consequências tenham sido influenciadas pelo aumento do risco, o segurador, se o agravamento não tiver sido correta e tempestivamente comunicado antes do referido sinistro, cobre parcialmente o risco, reduzindo-se a sua prestação na proporção entre o prémio efetivamente cobrado e aquele que seria devido em função das reais circunstâncias, mas pode recusar a cobertura, em caso de comportamento doloso do tomador do seguro ou do segurado, com o propósito de obter uma vantagem. Na primeira hipótese, sendo o agravamento resultado de um facto do tomador do seguro ou do segurado, o segurador *não está obrigado ao pagamento da prestação se demonstrar que jamais celebraria contratos que cobrissem os riscos com as características resultantes desse agravamento*. No caso, sabemos que a proposta de seguro foi apresentada por DD em 24-10-2017.

Com essa proposta foi entregue o questionário clínico preenchido, no qual o proponente declarou que *não tinha qualquer problema de saúde e não sofria de qualquer das doenças ali elencadas*, designadamente “doença cardíaca, vascular ou hipertensão arterial”, “doenças da tiroide ou diabetes”, “colesterol ou triglicerídeos elevados”, “doença de Alzheimer ou outra demência”, “ansiedade, depressão ou outro tipo de perturbações mentais”, que *não consumia medicamentos* e que *não tinha sofrido alteração de peso* nos últimos 12 meses.

Através do preenchimento deste questionário, o proponente prestou ao segurador informação falsa sobre o seu estado de saúde uma vez que, ao contrário do que assinalou, o proponente *tinha doenças* associadas à *hipertensão arterial*, aos *diabetes*, ao *colesterol* e à *depressão*. As patologias de diabetes Mellitus, HTA e dislipidemia de que padecia foram, com efeito, diagnosticadas em 2002, 2008 e 2005, respetivamente, vindo desde então o DD a tomar *medicação diária* para tratar essas patologias, e já em 24.10.2016 ele tinha apresentado sintomas de doença que a médica diagnosticou como “*doença cardíaca isquémica com angina*”.

Acresce que o proponente tinha conhecimento desses factos não apenas pode estar a ser, há anos, regularmente acompanhado por médicos que haviam apurado e diagnosticados essas doenças, como por tomar com regularidade medicamentos para as mesmas, apesar do que se mantinha a vigilância e o acompanhamento médico.

Esta prestação de informação falsa foi, no entanto, parcialmente corrigida na sequência da iniciativa do segurador que pediu ao proponente o preenchimento de *questionários específicos* de hipertensão arterial e de diabetes e mais alguns elementos (exames ou resultados) destinados a avaliar essas doenças.

Na resposta a esses pedidos, o proponente não apenas remeteu o que lhe foi solicitado como informou, em 22.11.2017 e 29.11.2017, que lhe tinha sido diagnosticada tensão arterial em 2008, que se encontrava a tomar medicamento para a tensão arterial, indicando o nome, a dose e a frequência da sua toma, que sofria de diabetes Mellitus tipo 2, tomando regularmente medicamentos mas não sendo insulínica dependente.

Esta correção da informação foi aceite pelo segurador que avaliou as novas informações recebidas e os resultados dos exames que ele mesmo promoveu e o proponente realizou e em função disso agravou as condições do seguro de vida que, não obstante o sucedido, se dispôs a contratar, tendo o proponente aceite essa alteração em 13.12.2017, com a solicitação de que o contrato se iniciasse em 01.01.2018, como veio a suceder.

Sucede, no entanto, que entre a data da proposta inicial e a data da comunicação da seguradora de que, face à informação recebida, aceitava celebrar o contrato de seguro com agravamento, houve uma alteração significativa da saúde do proponente.

Com efeito, *no último trimestre de 2016*, DD começou a apresentar sinais de doença mental. Esses sintomas foram inicialmente identificados como causados por uma depressão do foro psiquiátrico, tendo sido prescrita medicação correspondente que ele tomou. Porém, *no primeiro trimestre de 2017* ele passou a apresentar *sintomas de um processo mental neurodegenerativo, com episódios de desorientação espacial e lentificação psico-motora* (v.g. perder-se ou ficar desorientado em locais que conhecia perfeitamente e frequentava há anos, ter alucinações, deixar de conseguir fazer trocos como habitualmente fazia na sua atividade de comerciante).

Em resultado dessa evolução, face à notória perda de peso do paciente e ao agravamento dos seus sintomas ao nível mental, em 16.10.2017 a médica de família que o acompanhava colocou a suspeita de existir uma *doença do foro neurológico* e não do psiquiátrico, tendo-o reencaminhado para a *especialidade de neurologia* do Hospital ..., onde foi marcada consulta para

10.01.2018.

DD conhecia e estava consciente da evolução do seu estado ao longo de 2017 e que a situação estava a ser estudada pelos médicos a que recorreu; em 24.10.2017 estava informado e consciente dos referidos problemas de saúde e ainda que em 24.10.2016, apresentou sintomas de doença que a médica diagnosticou como “doença cardíaca isquémica com angina”.

Esta informação era objetivamente relevante para a apreciação do risco, não apenas pelo seu agravamento repentino do estado de saúde mental, mas também por se tratar de uma doença que rapidamente se repercutiria num dos riscos a cobrir pelo seguro (a invalidez permanente) como, infelizmente, se veio rapidamente a verificar, de modo que apenas *sete meses* após o início do contrato, na sequência, como vimos de um *quadro clínico preexistente conhecido e já com um diagnóstico prévio* (a suspeita da médica de família), o seguro foi acionado.

Esta informação era conhecida do proponente do seguro, o qual não podia deixar de estar consciente da gravidade, por exemplo, das perdas de localização espacial, da perda da capacidade de fazer trocos, da alucinações e da lentificação progressiva. Tanto estava consciente, aliás, que procurou mais que um médico para obter um diagnóstico e procurar tratamento.

Por conseguinte, era uma informação que o proponente estava obrigado a prestar ao segurador, não apenas quando apresentou a proposta de seguro em 24.10.2017 (... apenas 8 dias depois de a médica de família o informar de que suspeitava de uma doença neurológica e a situação tinha de passar para a esfera da neurologia, para o que requisitou ao Hospital ... a marcação de consulta dessa especialidade!) quando, mas também quando foi informado pelo segurado que face à informação clínica que lhe havia sido prestada até então estava disposto a celebrar o contrato.

Nesse momento o contrato ainda não estava celebrado e o proponente não podia deixar de estar consciente de que a decisão do segurado não levava em conta a situação neurológica que vinha do final do ano anterior e nesse momento, pela evolução negativa verificada, já tinha contornos de gravidade e obtido um provável diagnóstico que se veio a confirmar depois.

A circunstância de o diagnóstico final só ter sido feito mais tarde não impede essa conclusão na medida em que o problema de saúde era preexistente à apresentação da proposta de seguro e quando esta foi apresentada o proponente não só tinha conhecimento e consciência dele, como já tinha mesmo obtido, oito dias antes (em 16.10.2017), informação médica da suspeita da natureza e irreversibilidade do problema.

Qual a consequência jurídica desta violação do dever de informação do tomador do seguro ou segurado?

Como vimos, os artigos 25.º e 26.º estabelecem consequências distintas consoante essa violação for dolosa ou negligente.

Se o incumprimento do dever de declaração inicial for doloso, o contrato é anulável mediante declaração enviada ao tomador do seguro, no prazo de três meses a contar do conhecimento do incumprimento, leia-se do conhecimento da informação não transmitida.

Se ocorreu um sinistro dentro desse prazo ou mesmo antes de o segurador ter tido conhecimento do incumprimento, o segurador não fica obrigado a cobrir o risco porque, nos termos do artigo 25º, n.º 3, a sua declaração negocial é anulável.

Se o incumprimento for apenas devido a negligência, nos termos do artigo 26º o segurador pode, no prazo de *três meses* a contar do *conhecimento do incumprimento* do dever de declaração inicial, propor uma *alteração do contrato*, fixando um prazo, não inferior a 14 dias, para o envio da aceitação ou, caso a admita, de uma contraproposta; ou *fazer cessar o contrato*, demonstrando que *jamaís cobriria o risco relacionado com o facto omitido ou declarado inexatamente*. O contrato cessa os seus efeitos trinta dias depois do envio da declaração de cessação ou vinte dias depois da receção pelo tomador do seguro da proposta de alteração, caso não responda ou a rejeite.

Ocorrendo algum sinistro antes da cessação ou da alteração do contrato, e se o sinistro ou as respetivas consequências foram influenciadas pelo facto sobre o qual foram prestadas informações inexatas ou omitidas informações devidas, o segurador cobre o sinistro na proporção da diferença entre o prémio pago e o prémio que seria devido, caso, aquando da celebração do contrato, tivesse conhecido o facto omitido ou declarado incorretamente; *ou não cobre o sinistro, caso prove que jamais teria celebrado o contrato se tivesse conhecimento do facto omitido ou declarado inexatamente*, ficando vinculado à devolução do prémio.

Aparentemente próximas, as soluções são bem diferentes.

No caso de dolo a irresponsabilidade do segurador pelo sinistro basta-se com a demonstração de que *jamaís cobriria o risco relacionado com o facto omitido ou declarado inexatamente*.

No caso de negligência, a irresponsabilidade do segurador pressupõe não apenas a demonstração de que *que jamais teria celebrado o contrato se tivesse conhecimento do facto omitido ou declarado inexatamente*, mas ainda que *o sinistro ou as respetivas consequências foram influenciadas pelo facto sobre o qual foram prestadas informações inexatas ou omitidas informações devidas*.

É controverso o *conceito de dolo* que está presente nestas normas e, sobretudo, o *conceito de causalidade* que se pretendeu traduzir pela

expressão «*influenciadas pelo facto*» que traduz a violação do dever de informação [cf., na jurisprudência o Acórdão do Supremo Tribunal de Justiça de 27.05.2025, proc. n.º 37/23.1T8PNF.P1.S1, <https://juris.stj.pt/...> e o respetivo voto de vencido, e na doutrina Vanessa Louro, in *Declaração inicial do risco no contrato de seguro: análise do regime jurídico e breve comentário à jurisprudência recente dos tribunais superiores*, RED - Revista Electrónica de Direito, Junho 2016, n.º 2, pág. 21 e seguintes, ou Mafalda Miranda Barbosa, in *Causalidade no universo dos seguros: o não cumprimento da declaração inicial de risco e o seu regime – sentido e o critério do requisito estabelecido pelo artigo 26º/4 do DL nº72/2008, de 16 de Abril (Regime Jurídico do Contrato de Seguro)*, www.revistadedireitocomercial.com, 2018-01-15].

No entanto, cremos que no caso essa discussão não tem aplicação.

Com efeito, quer se qualifique a violação do dever de informação como dolosa ou apenas negligente, o incumprimento desse dever está relacionado em qualquer caso com a informação sobre a doença neurológica, doença que foi precisamente a causa direta do sinistro participado.

O sinistro participado foi a incapacidade definitiva do segurado, a qual foi causada pela incapacidade, perda de autonomia e funcionalidade gerada pela doença neurológica que veio a apurar-se tratar-se de uma demência de Corpos de Lewi. Logo, tendo-se provado que se tivesse tido conhecimento de que o segurado, além das doenças da tensão arterial e diabetes, tinha tido perda peso acentuado e um notório agravamento das manifestações da afetação mental e neurológica, com um primeiro diagnóstico de demência, o segurador não teria celebrado o contrato, estão reunidos os pressupostos para a anulação do contrato e a recusa do pagamento acordado para o caso de sinistro, em caso de dolo (*único* pressuposto: a *essencialidade do erro* para a decisão de celebrar o contrato) ou de negligência (o *duplo* pressuposto: a *essencialidade do erro* para a decisão de celebrar o contrato; a *causalidade* entre o objeto do erro e o sinistro ou as respectivas consequências).

Daí que tendo o segurador, confrontado com a participação e após a realização de diligências para ser esclarecido da situação, comunicado ao segurado, ainda antes de se completar o prazo de um ano após a participação do sinistro e a obtenção da informação que permitiu compreender o que lhe foi omitido, que considerava o contrato nulo, operou-se a consequência da anulabilidade do contrato, tornando-se inexigível ao segurador o pagamento do montante previsto no contrato em caso de verificação dos riscos que ele visava cobrir (independentemente da questão do prémio de seguro que não é objeto da ação ou do recurso).

Procede por isso o recurso.

VII. **Dispositivo:**

Pelo exposto, acordam os juízes do Tribunal da Relação **julgar o recurso procedente e, em consequência, alteram a decisão recorrida, absolvendo a ré do pedido de pagamento da quantia de €50.000,00, a título de valor segurado pelo contrato de seguro de vida correspondente à apólice n.º ..., e mantendo-a no mais.**

Custas do recurso pelos recorridos, os quais vão condenados a pagar à recorrente, a título de custas de parte, o valor da taxa de justiça que suportou e eventuais encargos.

*

Porto, 29 de janeiro de 2026.

*

Os Juízes Desembargadores

Relator: Aristides Rodrigues de Almeida (R.^{to} 933)

1.º Adjunto: Ana Vieira

2.º Adjunto: Paulo Duarte Teixeira

[a presente peça processual foi produzida pelo Relator com o uso de meios informáticos e tem assinaturas eletrónicas qualificadas]